

Primärprävention mit Aspirin bei asymptomatischer Atherosklerose «nicht empfehlenswert»

Eine Atherosklerose bleibt meistens solange unbemerkt, wie sie keine Symptome macht. Hinweise auf arterielle Gefäßveränderungen kann jedoch ein erniedrigter Ankle-Brachial-Index (ABI) geben. Die Aspirin-for-Asymptomatic-Atherosclerosis-(AAA-)Studie wollte dokumentieren, ob eine medikamentöse Primärprävention bei Individuen mit einem erniedrigten ABI kardiovaskuläre Ereignisse zu verhüten vermag. Dabei wurden Männer und Frauen zwischen 50 und 80 Jahren aus schottischen Allgemeinpraxen zu einem ABI-Screening eingeladen. 3350 von ihnen mit einem ABI = 0,95 wurden entweder zu 100 mg Aspirin oder Placebo

randomisiert und im Mittel 8,2 Jahre beobachtet. Die Aspirin-Primärprophylaxe brachte keine Reduktion des aus tödlichen oder nichttödlichen kardialen und zerebrovaskulären Ereignissen sowie Revascularisationseingriffen zusammengesetzten primären Endpunkts (Hazard Ratio [HR] 1,03, 95%-Konfidenzintervall [KI] 0,84–1,27). Auch bei den sekundären Endpunkten vaskuläre Ereignisse (HR 1,00, 95%-KI 0,85–1,17) sowie Gesamtmortalität (HR 0,95, 95%-KI 0,77–1,16) ergaben sich zwischen Aspirin- und Placebogruppe keine signifikanten Unterschiede. Allerdings mussten in der Aspiringruppe 2 Prozent und in der Placebo-

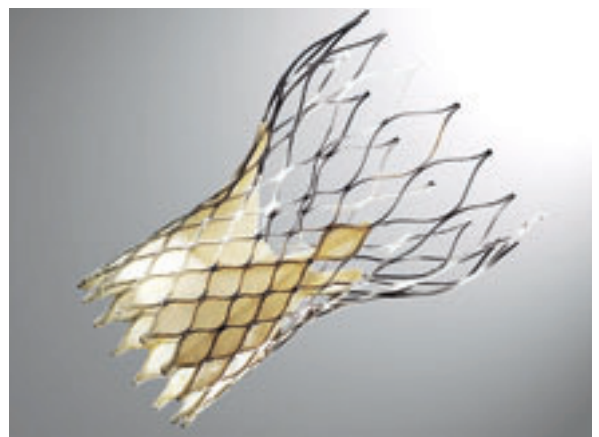
gruppe 1,2 Prozent wegen einer schweren Blutung hospitalisiert werden (HR 1,71, 95%-KI 0,99–2,97). Studienleiter Professor Gerry Fowkes, Edinburgh, fasste zusammen: «Nur 60 Prozent der zu Aspirin randomisierten Teilnehmer hielten die Pharmakoprophylaxe bis zum Ende durch, das ist das in der Primärprävention typische Compliancenniveau. Unsere Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass der Einsatz der ABI-Messung als kardiovaskuläres Screening kaum Nutzen bringt, wenn danach Aspirin als Intervention bei Individuen mit höherem Risiko eingesetzt wird.»

HB

Transkatheter-Aortenklappen-Implantation

«Heute ist die Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI) eine effektive therapeutische Alternative zum konventionellen Aortenklappenersatz bei Patienten mit hohem Risiko oder Kontraindikationen für einen chirurgischen Eingriff», erklärte Professor Dominique Himbert vom Hôpital Bichat in Paris. Die degenerative verkalkte Aortenstenose ist die häufigste Klappenerkrankung und betrifft vorwiegend ältere und sehr alte Menschen. Wird sie symptomatisch, ist die Prognose angesichts häufigen plötzlichen tödlichen Herzversagens schlecht. Die TAVI kann über verschiedene Zugänge (transfemorale, transapikale) und mit verschiedenen Klappensystemen durchgeführt werden, die entweder mittels Ballon aufgefaltet werden oder sich selbst entfalten. Am Satellitensymposium wurde über eine Studie mit 120 konsekutiven Patienten berichtet, die alle an sehr

schwerer und symptomatischer Aortenstenose litten und bei denen ein interdisziplinäres Konsilium ein unakzeptabel hohes Operationsrisiko oder absolute Op-Kontraindikationen festgestellt hatte. Im Durchschnitt waren die Patienten 81 Jahre alt. Eine erfolgreiche Implantation konnte bei 96 Prozent durchgeführt werden. Die häufigsten Komplikationen waren vaskulär wegen des grossen femoralen Katheterzugangs sowie Herzblockaden, die ein definitives Pacing nötig machten. Die Eingriffsmortalität betrug 3 Prozent, die 30-Tage-Mortalität 9 Prozent. Nach einem Jahr lag das Überleben bei 79 Prozent, allerdings stark abhängig von der Lernkurve des Interventions-



teams (60% bei den ersten 25 Pat., 85% bei den letzten 95 Pat.). 87 Prozent der Überlebenden konnten zu einem normalen Leben zurückkehren, mit minimalen oder gar keinen Symptomen mehr. **HB**

Dickes Kind, krankes Kind

«Die Prävalenz der Kindheits-Adipositas hat ein alarmierendes Niveau erreicht und lässt für die Zukunft Schlimmes ahnen», sagte Sandra Erbs vom Herzzentrum der Universität Leipzig. «Bis zu 50 Prozent der adipösen Kinder haben schon ein metabolisches Syndrom. Es ist davon auszugehen, dass dies auch bereits zu Gefässschäden führt, und dies haben wir bei 80 Kindern im mittleren Alter von zwölf Jahren näher untersucht.» Dabei ergab

sich, dass die Kinder bei der Glukosebelastung viel höhere Insulinspiegel zeigten, ihr LDL-Cholesterin höher und ihr HDL-Cholesterin tiefer war als bei weniger fetten Kindern. Ausserdem hatten sie in der 24-Stunden-Überwachung um 8 bis 10 mmHg höhere systolische BD-Werte. Zudem zeigten durchschnittlich Zwölfjährige schon dieselbe eingeschränkte Endothel-abhängige Relaxation der Vor-derarmarterien wie Erwachsene mit chro-

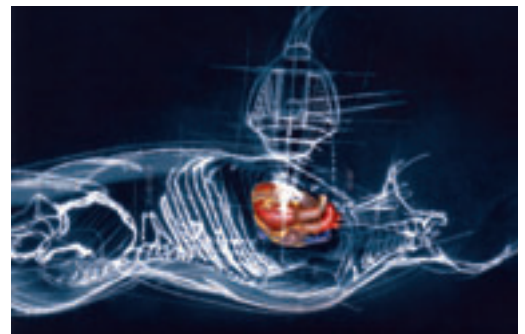
nischer Herzinsuffizienz. Zusätzlich zur gestörten Endothelfunktion war auch die Mediadicke der Karotis erhöht. Auch dies ging parallel mit zunehmendem schwerem Übergewicht. «Da ist es kein Wunder, dass dieses vaskuläre Drama zwangsläufig zu Atherosklerose und akuten Herzinfarkten oder Schlaganfällen schon im jungen Erwachsenenalter führt», so Sandra Erbs.

HB

Kardiale Schockwellentherapie hilft bei refraktärer Angina pectoris

Wenn alle konventionellen nicht-invasiven und invasiven Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind, ohne zu einer ausreichenden Linderung der Angina-pectoris-Symptome geführt zu haben, verbleiben nur mehr die Neurostimulation, die auf Rückenmarkebene die Schmerzperzeption reduziert, und experimentelle Therapien. Zu diesen gehört die Schockwellentherapie (Cardiac Shockwave Therapy, CSWT). Sie kann im chronisch ischämischen Myokard das Wachstum von Kollateralen anregen und so die Ischämiebelastung verringern. Über diese noch neue Behandlungsoption bei refraktärer Angina pectoris berichteten verschiedene Teams die jeweils kleine Patientengruppen so behandelten, darun-

ter auch das Herz- und Gefässzentrum am Inselspital Bern. Dabei wird das Stosswellengerät auf mehrere Stellen («Spots») des ischämischen Myokards gerichtet, und es werden während einer Woche in drei Sitzungen bis zu 600 Schocks appliziert. Die drei Sitzungen werden nach einem und zwei Monaten wiederholt. Im Allgemeinen wird diese Behandlung sehr gut vertragen und ist für die Patienten schmerzlos. Die bisherigen Ergebnisse sind durchaus vielversprechend. Die Patienten erfahren eine subjektive Besserung, zeigen eine bessere Anstrengungstoleranz und haben einen geringeren



Nitratverbrauch. Allerdings bestehen noch keine Langzeiterfahrungen, immerhin hielt die Symptomlinderung in einer Fallserie ungefähr 22 Monate an, dann konnte das Verfahren wiederholt werden.

HB

Alle Kinder vor dem Sport ins Screening?

Der Wert regelmässiger körperlicher Aktivität schon im Kindesalter ist unumstritten. Als Schatten über dem fröhlichen Treiben liegt jedoch die Angst vor plötzlichen Todesfällen, die auf zuvor unerkannte strukturelle Anomalien, auf hypertrophe Kardiomyopathien oder Arrhythmien zurückgehen. Kontrovers diskutiert wurde das Screening auf solche kardialen Gefahren bei Kindern vor Aufnahme einer regelmässigen sportlichen

Aktivität. Die ablehnenden Stimmen machten klar, dass Daten zur Häufigkeit des Problems schlicht fehlen, die Schätzungen für einen plötzlichen Tod variieren von 1 pro 3500 bis 1 pro 300 000 Kinder. Zudem ist offen, wo die Grenze zwischen normalem kindlichem Spiel und intensivem Sport zu liegen käme, von der Kosteneffektivität ganz zu schweigen. Befürworter erinnerten daran, dass die Inzidenz des plötzlichen Herztodes bei jün-

geren Sportlern (≤ 35 J.) 2,5- bis 3-fach erhöht ist und dass 40 Prozent dieser Ereignisse bei Athleten unter 18 Jahren und 33 Prozent bei unter 16-Jährigen vorkommen. Die Botschaft, dass Sport gesund sei, liesse sich mit einer medizinischen Eignungsprüfung in jungen Jahren durchaus vereinbaren, hiess es von dieser Seite.

HB